ROK VII. MARZEC-KWIECIEŃ 1934 Nr. 3 i 4.

POŁOŻNA

MIESIĘCZNIK

ORGAN STOW. ZAWODOWEGO POŁOŻNYCH MAŁOPOLSKI LWÓW—KRAKÓW

Cena pojedynczego numeru **60 groszy**, w przedpłacie kwartalnej **Złotych 150**



Redakcja i Administracja: Lwów, Pijarów L. 4. Telefon 126 i 88-50.

Redakcja na Kraków ul. Kopernika L. 17, Telefon Nr. 102-65

Wszystkim P. T. Czytelniczkom „Położnej“ zasyła życzenia Wesołych Świąt

REDAKCJA.

Dr. K. F. CIESZYŃSKI — Warszawa.

Organizacja opieki nad noworodkami w Miejskim Zakładzie Położniczym im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie.

Minęło zaledwie kilkanaście lat od chwili, kiedy zagranicą, a kilka lat dopiero od momentu, w którym u nas w Polsce wprowadzono do Klinik i Zakładów Położniczych pomoc pedjatryczną. Otwarta doniedawna sprawa opieki nad noworodkami wstąpiła tem samem w stadjum realizacji, które jeszcze będzie wymagało pewnego czasu i wysiłku, nim ostatecznie sprawa wykrystalizuje się w umy-

słach wszystkich zainteresowanych i będzie mogła być uważana jako zamknięta.

Aby więc rzucić pewne światło na obecny stan tej sprawy, podaję niniejszym do wiadomości ogólnej organizację opieki nad noworodkami w Zakładzie Położniczym im. Ks. Anny Mazowieckiej.

Najwyższym celem, do jakiego dążymy, jest dobro noworodków. Pracujemy więc nad zmniejszeniem do minimum zachorowań i śmiertelności noworodków. Ponieważ na terenie Zakładu mieści się Oddział Warszawskiej Miejskiej Szkoły Położnych, drugim celem naszym jest szkolenie uczenic tejże Szkoły w zakresie opieki nad noworodkiem. Ponieważ zaś Zakład ze względów oszczędnościowych nie posiada personelu pielęgniarskiego ani dla matek, ani dla noworodków, lecz tylko kilka etatowych położnych, jako odpowiedzialne instruktorki, a całą pracę pielęgniarską około matek i noworodków wykonywują uczenice, drugi cel nasz, t. j. szkolenie uczenic jest zarazem środkiem wcielania pierwszego celu w życie i to środkiem z natury rzeczy mało doskonałym.

Ze wspomnianych względów organizacja opieki nad noworodkami w naszym Zakładzie nie może być idealna i nie może uwzględniać wszystkich indywidualnych wymagań poszczególnych matek, lecz musi z tych samych powodów być prosta i z natury rzeczy celowo-schematyczna. Wszelkie zlecenia zapobiegawcze i lecznicze muszą być krótkie, proste, jasne i stereotypowe, aby matki wiedziały, czego mogą od opieki zakładowej wymagać, a uczenice nauczyły się jak najgruntowniej tych metod postępowania i później stosowały je w praktyce przez całe swe życie. Z tych względów badania ani doświadczenia naukowe nie mogą być brane pod uwagę, gdyż odwodziłyby uwagę od dwóch powyższych celów i nie miałyby pewnego gruntu pod nogami wobec braku odpowiednio przygotowanych pielęgniarek.

Podstawową opiekę nad noworodkiem wykonywuje uczenica szkolna, która tej opieki i wogóle pielęgnacji dopiero się uczy. Stąd zdwojona musi być czujność położnej-instruktorki, mającej do pomocy zwykle na zmianę 3 t. zw. praktykantki, czyli uczenice, które dawniej lub ostatnio ukończyły Szkołę Położnych. Niedoskonałość czynnika, wykonywującego podstawową opiekę nad noworod-



Rycina I. Pierwsza sala dla noworodków (20 łóżeczek).

kami, znajduje naturalny regulator w matkach, które, codziennie przez wizytującego pedjatrę poinformowane o potrzebach każdego noworodka, troskliwemi oczami matczynemi śledzą wszelkie czynności uczenic i najskuteczniej wykrywają ich zaniedbania. Ta naturalna kontrola matek nie może jednakże przeszkadzać we wcielaniu w życie zasad higjenicznych, gdyż przesądom różnych matek przeciwstawiają się wytrwale i zgodnie pedjatra, położna-instruktorka, praktykantki i stale przez nich kontrolowane uczenice.

Pod bezpośrednią opiekę pedjatry w Zakładzie przechodzi noworodek dopiero po przewiezieniu go na salę połogową, wzgl. dziecięcą, gdyż w życiu naogół pedjatra nie bywa obecny przy porodzie. Aż do przewiezienia go na salę połogową, względnie dziecięcą, noworodek pozostaje pod opieką położnika, z którym pedjatra spotyka się codziennie i może omówić wszelkie wątpliwości, oraz położnych, które przez pewien czas bezpośrednio współpracując z pedjatrą, miały możność gruntownego przyswojenia sobie zasad racjonalnej opieki nad noworodkami.

Z chwilą przywiezienia noworodka na salę połogową, wzgl. dziecięcą, uczenica obowiązana jest podać dziecku

w nóżki butelkę z ciepłą wodą, owiniętą w pieluszkę, czyli t. zw. przeze mnie „gościnną butelkę“, o ile na sali porodowej nie uczyniono tego zaraz po porodzie. Zarządzenie to wychodzi z założenia, że różnica temperatury w łonie matki i na sali porodowej jest zbyt duża, żeby noworodek tego nie odczuł, i ma na celu zapobiegnięcie niepotrzebnemu ewentualnemu wstrząsowi sercowo-naczyniowemu, który może słabsze lub niedonoszone dziecko przyprawić o śmierć lub przyczynić się do późniejszego powstania twardziny albo innego zaburzenia w przejściu do własnego życia.

Czy noworodek ma być stale ogrzewany, decyduje pedjatra, kierując się wagą i temperaturą dziecka, którą mierzy się dziecku codziennie rano i wieczorem i rysuje na odpowiedniej karcie. Noworodki poniżej 3.000 g. są zazwyczaj stale ogrzewane szklaną butelką z ciepłą wodą, kładzioną w poduszkę, a dzieci niedonoszone poniżej 2.000 g. gumową butelką, stale kładzioną pod poduszkę tak długo, aż dzieci nie staną się zdolne do wytworzenia własnej temperatury minimalnej normy, t. j. 36,5 — 37,0°. Jeżeli gumowa butelka nie wystarcza, kładzie się oprócz niej w poduszkę jedną, a nawet trzy szklane butelki wzdłuż nóżek i wpoprzek stópek; poza tem owija się główkę wcześniaka watą, kładzie go się do najgrubszej poduszki i nakrywa jeszcze kołderką.

Specjalnych cieplarek ani wylęgarek nie używamy z następujących powodów. Cieplarki gazowe czy naftowe uważamy za niehigjeniczne ze względu na zanieczyszczanie powietrza w danej ubikacji i na niedostateczny wogóle dostęp powietrza do zamkniętego pudła. Cieplarki elektryczne, czy to w postaci zamkniętych pudeł, nasuwających te same zastrzeżenia, czy też małych pudełek, pozostawiających główkę dziecka na zewnątrz, poza dużym kosztem zużycia prądu, są niebezpieczne, o ile nie posiadają drogiego rtęciowego automatycznego regulatora. Prąd miejski bowiem zależnie od nasilenia zapotrzebowania go na mieście, w różnych porach dnia, ulega tak wielkim wahaniom w natężeniu, że wcześniak łatwo może ulec niedogrzaniu lub przegrzaniu. Cieplarki wodne, czyli wanienki o podwójnych ściankach, wymagają również drogiego rtęciowego automatycznego regulatora, a przedewszystkiem stale bieżącej ciepłej wody.



Rycina 11. Drugi sala dla noworodków (28 łóżeczek).

Wszystkie te trudności natury fizycznej, mechanicznej i ekonomicznej dałyby się niewątpliwie usunąć i napewno uczynilibyśmy to, gdyby nie względy natury psychicznej, które przemawiają przeciw używaniu sztucznych cieplarek w Zakładzie. Mając taką mechaniczną cieplarkę, uczenica polegałaby zbytnio na niej i mogłaby się łatwo zaniedbać w wykazywaniu należnej staranności i troskliwej opieki, w których powinna się szkolić. Przedewszystkiem zaś nauczyłaby się pielęgnowanie dzieci niedonoszonych w takim stopniu uzależniać od tych zwodniczych warunków zewnętrznych, że później w naszem biednem życiu, w którem o środki materjalne tak trudno, zbyt łatwo stawiałaby krzyżyk nad dzieckiem niedonoszonem, tłumacząc swoje lenistwo brakiem cieplarki, która w jej mniemaniu jedynie mogłaby uratować dziecko. Gdy zaś przekona się w Zakładzie osobiście, że prostemi butelkami i staranną troskliwością można ten sam cel osiągnąć, nie pokusi się o takie tłumaczenie. Najważniejszym argumentem zaś jest fakt, że blisko ośmioletnie osobiste doświadczenie przekonało nas o niebezpieczeństwach elektrycznej cieplarki i o zbędności mechanicznych cieplarek,

gdyż nie mieliśmy przypadku śmierci dziecka niedonoszonego, w którym musielibyśmy z całą pewnością sobie powiedzieć, że mechaniczna cieplarka byłaby dziecko bezwzględnie uratowała. Natomiast udało nam się temi prostemi sposobami ogrzewania utrzymać przy życiu wiele wcześniaków, ważących przy urodzeniu 1000—1500 g.

Odżywianie noworodków unormowane jest następująco. Podczas pierwszej doby noworodki otrzymują wodę przegotowaną z 3 proc. cukru bez ograniczenia w razie płaczu. Po raz pierwszy przystawia się je do piersi najwcześniej po 12-tu, a najpóźniej po 24 godzinach po urodzeniu się dziecka bez względu na to, czy matka ma pokarm czy nie. Wychodzimy z tego założenia, że ssanie dziecka stanowi bodziec, przyspieszający wydzielanie pokarmu przez pierś matki. Wyjątek stanowią dzieci matek gruźliczych prątkujących, którym podaje się pokarm ściągany od matki. Jeżeli mimo ssania dziecka pierś matki nie wydziela dosyć pokarmu dla danego noworodka, dokarmia go się pokarmem, ściąganym do kubeczka, przedstawionego wraz z łyżeczką, którą się dokarmia, na rycinie IV-tej pod 7). Bezwzględnie przytem zakazuje się brać pokarm matek, wykazujących dodatni odczyn Wa, co na szczęście stosunkowo rzadko ma miejsce. W razie zupełnego braku pokarmu u matki, lub w razie jej śmierci, względnie wypisania jej do szpitala, karmi się noworodki mieszanką równowartościową z pokarmem, przygotowywaną codziennie w Zakładzie w przepisowy sposób (pół mleka, pół wody i 8 $\frac{1}{2}$% cukru). Noworodki, karmione wyłącznie mieszanką, otrzymują z reguły sok owocowy lub jarzynowy jako witaminy, których jest bardzo mało w mleku gotowanem.

W następnych dniach przystawianie do piersi, względnie podawanie mieszanki odbywa się zależnie od wagi dziecka w jedną do czterech godzin. Wcześniaki 1—1 $\frac{1}{2}$ kilowe co 1$\frac{1}{2}$ godziny, 2—2$\frac{1}{2}$ kilowe co 2 godziny, noworodki 2$\frac{1}{2}$—3 kilowe co 2$\frac{1}{2}$ godziny, 3—3$\frac{1}{2}$ kilowe co 3 godziny, 3$\frac{1}{2}$—4 kilowe co 3$\frac{1}{2}$ godziny, a dzieci powyżej 4-ech kilogramów co 4 godziny. Indywidualizację tę wprowadziliśmy od czasu oddzielenia większości noworodków od matek, t. j. od lipca 1930 r. i skupienia ich na 2-ch salach (pierwsza i druga rycina). Karmienie takie zarządzono z następujących dwóch względów:



Rycina III Wózek do przewożenia 12 noworodków.

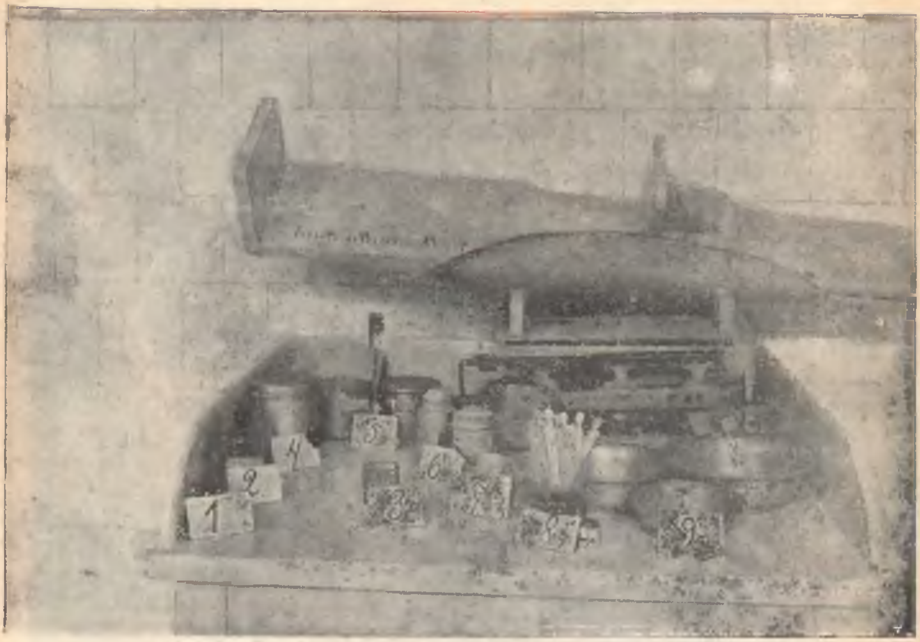
po pierwsze noworodki, zależnie od ich wielkości, mają różną pojemność żołądka i różne ilości pokarmu mogą przyjmować; po drugie przy tym sposobie uczenice mają pracę bardziej równomiernie rozłożoną, gdyż nie potrzebują odrazu wszystkich dzieci do matek zanosić względnie zawozić, co uskuteczniać mogą zapomocą obmyślonego przezemnie wózka piętrowego, przedstawionego na rycinie III-ej. W ten sposób co 1/2 godziny inne dzieci są przy piersi, a karmienie wypada dla poszczególnych dzieci 5, 6, 7 wzgl. 8, a dla wcześniaków nawet 10 — 18 razy na dobę. Przerwa nocna, wynosząca 6 — 8 godzin, bywa bezwzględnie zawsze przestrzegana.

Ilościowo noworodki otrzymują z reguły w dziesiątym dniu tyle pokarmu, wzgl. mieszanki na dobę, ile wynosi szósta, wzgl. u wcześniaków piąta część liczby wagowej w gramach, a więc dziecko 3 kilowe 500 g., a wcześniak 2 kilowy 400 g. Aż do dziesiątego dnia życia otrzymują one stopniowo codziennie o jedną dziesiątą część tej liczby więcej, czyli 2-go dnia 100 wzgl. 80 gr., 3-go dnia 150 wzgl. 120 g. i t. d. Czy dziecko wyssało tyle, sprawdzamy w oddzielnych pokoikach przez ważenia go przed i po karmieniu w poduszce i uzupełniamy braku-

jącą ilość pokarmem ściąganym. Na salach ogólnych zaś wobec niemożności ważenia wszystkich noworodków tak często, oceniamy dostateczność ssania według przyrostu, wzgl. ubytku codziennie przy kąpieli sprawdzanej wagi dziecka nagiego. W ten sposób wdrażamy w miarę możności nasze uczenice w coraz większą dokładność, która jest w nowoczesnem, racjonalnem pielęgnowaniu noworodków podstawą zasadniczą.

Przed każdem przystawieniem dziecka do piersi matki, oraz po każdem karmieniu obmywa się brodawki starannie rozczynem kwasu bornego, przechowywanym w naczyniach aluminiowych mego własnego pomysłu, które w postaci t. zw. dwojaczków, przedstawionych na rycinie IV-tej pod 5), są w ten sposób zbudowane, że jedno naczynie z pokrywką przeznaczone jest dla czystych wacików, drugie otwarte dla brudnych, a trzecie rurkowate dla przechowywania szczypczyków, przywiązanych łańcuszkiem do całego kompletu, spojonego poprzecznemi blaszkami i zaopatrzonego rączką, która ułatwia przenoszenie go od jednej matki do drugiej. Naczynie czyste napełnia się codziennie wacikami wygotowanemi i nasiąkniętemi 2-proc. rozczynem kwasu bornego. Obmywanie piersi wykonywa uczenica lub matka sama pod jej okiem, aby się uczyć tego niezbędnego zabiegu, zapobiegającego pleśniawkom i tak się do niego przyzwyczaić, żeby go później stosować stale u siebie w domu.

Dalszem pedagogicznem zadaniem naszem jest nauczenie słuchaczek racjonalnego przewijania i pielęgnowania skóry noworodka. Nie możemy uczyć ich bogatego, wzorowego zawijania w dwie pieluszki płócienne, t. j. w jedną złożoną trójkątnie, a drugą złożoną w kwadrat, oraz w barchanową, gdyż Zakład nie posiada tylu pieluszek, ani możliwości prania ich w tak olbrzymiej liczbie, gdyż dla 100—150 noworodków potrzeba byłoby ich na dobę wówczas 2400—3600. Musimy więc z konieczności obywać się jedną płócienną pieluszką tak złożoną, że zastępuje nam trzy przepisowe. W ten sposób wdrażamy uczenice do umiejętnego obywania się jedną pieluszką zamiast trzech, co w naszych biednych warunkach w przeważającej liczbie domów prywatnych długo jeszcze będzie konieczne. Ceratka w naszych warunkach może leżeć tylko bezpośrednio na poduszce.



Rycina IV. Przybory dla pielęgnowania noworodków.
1) Krople oczne, 2) woda wapienna, 3) smoczek na pleśniawki, 4) puszka do waty dla podmywania, 5) dwojaczki dla wacików do obmywania piersi, 6) puderniczki, 7) kubek dla dokarmiania noworodków, 8) termometry, 9) miseczki dla wacików, potrzebnych do kąpieli. Waga i deska do mierzenia.

Pielęgnowanie skóry dokonywujemy u normalnie rozwijających się noworodków przez obmywanie zabrudzonych pośladków narożnikiem zwilżonej pieluszki i dokładne pudrowanie pachwin i pośladków przy każdem przewijaniu zwykłym pudrem, przechowywanym w specjalnie przez nas ulepszonych puderniczkach, które przedstawione są na rycinie IV-tej pod 6). W przypadkach wyprzenia obmywamy te miejsca wacikami, maczanemi w roztworze nadmanganianu potasu, i pudrujemy mieszaniną talku i tlenku cynkowego. W przypadkach silnego zniszczenia naskórka w miejscach wyprzonych obmywamy je wodą utlenioną i zasypujemy je mieszaniną tlenku cynkowego i dermatolu. Położna-instruktorka, będąca codziennie rano przy kąpieli, obowiązana jest po wykąpaniu dziecka obejrzeć jego skórę jak najdokładniej i wynik oględzin zanotować na karcie dziecka, na podstawie czego pedjatra daje przy obchodzie odpowiednie zlecenia. W razie stwierdzenia początków pęcherzycy, kąpie się

dziecko w roztworze nadmanganianu potasu 1:10000, a pęcherzyki ropne jodynuje się i przerywa poprzez suchy wacik, oraz zasypuje mieszaniną dermatolu z cynkiem.

Drugim słabym punktem, na który położne-instruktorki zobowiązane są zwracać uwagę przy codziennem oglądaniu noworodków podczas kąpieli, są oczy. Stan ich, t. j. czy są czyste, czy obrzmiałe, czy wydzielają śluz czy ropę, odnotowuje się natychmiast w odpowiedniej rubryce szematu, na podstawie czego lekarz przy obchodzie zaleca odpowiednie zabiegi. Obfitsze wydzielanie śluzu, nawet często zmieszanego z ropą, widzimy w bardzo dużej liczbie przypadków po obowiązkowem, zapobiegawczem zakraplaniu preparatów srebrowych, co uważamy za zwyczajne podrażenienie spojówek i usuwamy z łatwością przez częste przemywanie oczu roztworem kwasu bornego. Ropotok oczu spostrzegamy stosunkowo rzadko, i bez względu na jego pochodzenie udaje nam się prawie zawsze doprowadzić go do wyleczenia przez zakraplanie 5-procent. protargolu, wzgl. prorgolu, a w uporczywych przypadkach 5-procent. azotanu srebra i częstem przemywaniem oczu roztworem kwasu bornego. W wyjątkowych przypadkach widujemy mniejszy lub większy obrzęk zaczerwienionych powiek, który udaje nam się prawie zawsze usunąć kładzeniem na powieki wacików, nasiąkniętych roztworem płynu Burowa.

To samo dotyczy jamy ustnej, którą położna-instruktorka obowiązana jest oglądać codziennie rano przy kąpieli, odnotowując jej stan w trzeciej rubryce szematu. Na podstawie tej notatki lekarz podczas obchodu ogląda daną jamę ustną. Jeżeli stwierdzi rzeczywiście pleśniawki, zaleca regularne podawanie dziecku zawsze przed użyciem wysterylizowanego smoczka z waty i gazy, przywiązanego do aluminiowego krążka, aby dziecko go nie połknęło, i nasiąkniętego 25-procent. roztworem boraksu w glicerynie, przechowywanym w specjalnych słoikach, jak przedstawia rycina IV-ta pod 3). W wyjątkowych przypadkach tylko, gdy na języku jest gruby pokład pleśniawek, pozwala się go zetrzeć, lecz tylko na języku, na którym śluzówka jest twardsza i nie tak wrażliwa, wacikiem na pałeczce, umaczanym w tym samym roztworze, aby przyspieszyć działanie roztworu, podanego następnie jeszcze ze smoczkiem. Natomiast śluzówki na podniebieniu,



Rycina V. Sala kąpielowa dla noworodków.

dziąsłach i bokach jamy ustnej nie wolno wycierać pod żadnym pozorem, aby nie uszkodzić nadzwyczaj wrażliwej śluzówki i nie pogorszyć tem samem sprawy.

Czwartym i ostatnim punktem, na który położna-instruktorka zobowiązana jest zwracać baczną uwagę, to pępek, którego stan, jak również dzień odpadnięcia pępowiny zostaje odnotowany w odpowiedniej rubryce szematu. Na podstawie tej notatki lekarz zaleca odpowiednie zabiegi. Prawie wyłącznie wchodzi tutaj w grę lekkie ropienie lub ziarnina, którą obmywa się spirytusem i łapisuje codziennie przy kąpieli z takim skutkiem, że naogół znika po jednej lub dwóch dobach, a w wyjątkowych wypadkach tylko trwa dłużej. Fakty te są dla nas dostatecznym dowodem, że nieszkodliwa jest stosowana przez nas codzienna kąpiel mimo nieodpadniętej pępowiny, której staramy się jednak nie zamaczać, nurzając dziecko tylko do połowy w wodzie. O nieszkodliwości kąpieli przekonywuje nas również fakt, że pępowina, obmywana przez nas spirytusem i zasypywana dermatolem i cynkiem, wzgl. dla oszczędności gipsem prażonym, odpada prawie zawsze w swym fizjologicznym okresie — 5-go, 8-go naj-

wyżej 10-go dnia. Dlatego musimy stanąć na stanowisku, że kąpiel stosowana codziennie w pierwszych dniach życia jest nieszkodliwa dla pępowiny, a natomiast bardzo wskazana dla dziecka ze względu na jej oczyszczające działanie na delikatną skórę noworodka, jak również ze względu na pobudzającą działalność kąpieli na serce, płuca, system mięśniowy i nerwowy, a tem samem na całe dziecko.

Kąpiel w Zakładzie odbywa się codziennie zrana między 7-ą a 9-tą, czyli przed drugiem karmieniem, jak to przedstawia ryc. V. Kąpielą kieruje stale położna instruktorka, wzgl. zastępująca ją praktykantka. Kąpiel i wszystkie zabiegi około jednego dziecka wykonywa z zasady ta sama uczenica, aby przyzwyczaić się należycie do racjonalnego przeprowadzenia tego podstawowego zabiegu higjenicznego. Po rozwinięciu dziecka i zdjęciu powijaka, uczenica obmywa czystym narożnikiem zabrudzonej pieluchy, umaczanym w wodzie, pośladki, o ile są brudne. Następnie kładzie je na czystej pieluszce, rozpostartej na materacyku i przemywa kolejno oczy od nosa na zewnątrz wacikami, maczanemi w 2-procent. rozczynie kwasu bornego, a cztery dziurki nosa i uszu, jak również szparę sromową, rozchyloną palcami lewej ręki, od przodu ku tyłowi, wzgl. prącie, ściągając zlekka napletek, zapomocą wacików, nasiąkniętych gotowaną letnią wodą i mieszczących się w specjalnych miseczkach, które przedstawione są na rycinie IV-tej pod 9). Zużyte waciki odrzuca się do wiader, stojących pod stołem kąpielowym. Poczem następuje namydlanie myjakami, nasiąkniętemi płynnem mydłem (30 g na 1 litr gotowanej wody), przechowywanem w specjalnych butelkach, kolejno głowy, szyi, ramion, dłoni, tułowia, pachwin, pośladków i nóg. Zkolei kładzie uczenica dziecko do wody, trzymając na swem lewem przedramieniu główkę dziecka a na dłoni górną część pleców, tak, iż jej kciuk chwyta za lewy bark, a mały palec ręki spoczywa pod prawą paszką dziecka. Prawa dłoń uczenicy przy wkładaniu dziecka do wody podtrzymuje jego pośladki, które następnie mogą się oprzeć o dno miednicy, wzgl. wanienki. Wody w niej powinno być tyle, żeby sięgała do połowy grubości dziecka, tak iżby okolica pępka pozostała niezamaczana. Następuje zmywanie mydła myjakiem lub golą ręką, co trwa 1—2 minut. Po wyjęciu dziecka z wody, kładzie się je na świeżą pieluszkę i osusza de-

likatnie całe ciało dziecka przez dotykanie, a tylko głowy owłosionej przez tarcie. Po dokładnem osuszeniu dziecka, następuje ważenie i wkońcu zaopatrzenie pępka dokonywane przez uczenice w wyżej opisany sposób. Wszystko dzieje się pod okiem położnej-instruktorki, która za dokładność kąpieli i wagi, oraz za spostrzeżenia poczynione przez siebie, a w schemacie zanotowane przez praktykantkę, jest odpowiedzialna wobec lekarza, który ją codziennie kontroluje.

Oprócz powyższych badań i zabiegów, oraz leczenia noworodków podczas ew. choroby, opieka zakładowa nad noworodkami ma doniosłe zadanie na polu zwalczania chorób społecznych, jak kiła i gruźlica. Akcję zwalczania kiły w Warszawie przez obowiązkowe badania na odczyn Wa krwi pozałożyskowej i pępowinowej przy każdym porodzie i ew. posyłanie do wczesnego leczenia matek z dodatnim odczynem Wa wraz z dziećmi bez względu na ich odczyn wszczął autor niniejszej pracy na jesieni 1921 r. Dzięki staraniom autora i przychylności miarodajnych czynników, osiągnięto takie wyniki, że obecnie we wszystkich Miejskich Zakładach Położniczych, oraz w Klinice Położniczej Uniw. Warsz. pobiera się regularnie krew przy każdym porodzie i posyła do badania na odczyn Wa do Miejskiego Instytutu Higjenicznego, wzgl. do Kliniki Dermatologicznej. Wyniki badań tych z naszego Zakładu za pierwsze lata badania zostały ogłoszone przez Ławrynowicza i Ciosłowskiego w P. G. L. R. VII, Nr. 16, str. 293.

Drugą chorobą społeczną, której w naszym Zakładzie wypowiedzieliśmy zaciętą walkę, jest gruźlica. Wychodząc z założenia, że gruźlicę spotkać można wszędzie, i żadna matka nie może nam zaręczyć, iż jej dziecko z absolutną pewnością będzie uchronione od zetknięcia się z osobą gruźliczą, czy to z pośród rodziców, czy z pośród krewnych, znajomych, służby, sublokatorów, czy kogokolwiek innego, podawaliśmy w latach 1928 — 1929 w Zakładzie naszym szczepionkę B. C. G. wszystkim noworodkom z wyjątkiem tych, których matki na to się nie zgadzały, co na szczęście zdarzało się bardzo rzadko. Od początku 1930 r. na skutek zarządzenia Polskiego Związku Przeciwgruźliczego szczepi się tylko te noworodki, których warunki domowe poprzednio zbada pielęgniarka społeczna

Związku, odwiedzająca nasz Zakład trzy razy tygodniowo. U wszystkich świeżych położnic zbiera odpowiednie wywiady co do gruźlicy w otoczeniu położna-instruktorka, opiekująca się noworodkami, a następnie pielęgniarka Związku Przeciwgruźliczego, zebrawszy dokładniejsze dane o noworodkach z otoczenia gruźliczego i odwiedziwszy ich mieszkania, orzeka, czy można je szczepić. Dzieci matek, mających otwartą gruźlicę, leżą z reguły na osobnej sali i karmione są sztucznie. Matki takie przetrzymujemy w Zakładzie jak najdłużej, a w razie wypisania się ich z Zakładu wbrew naszej woli, staramy się zatrzymać noworodki w Zakładzie przez przepisane cztery tygodnie po szczepieniu, wzgl. umieścić je na ten czas w Klinice Chorób Dziecięcych, a w razie braku zgody rodziny przestrzegamy ją tylko przed niebezpieczeństwem zarażenia dziecka w tym okresie. O wyjściu z Zakładu matki z dzieckiem szczepionem zawiadamiamy każdorazowo zapomocą specjalnej kartki Polski Związek Przeciwgruźliczy. Z energicznej walki z kiłą i gruźlicą wynosimy wielkie moralne zadowolenie, że przyczyniamy się do wzmagania tężyzny narodu.

Ostatnią czynnością opiekuńczą nad noworodkiem w naszym Zakładzie jest skierowywanie matek nieślubnych do Tow. „Ratujmy Niemowlęta“, Zw. Pracy Obywatelskiej Kobiet, wzgl. Koła Pracy Kobiet, które w Warszawie i okolicy utrzymują domy dla matek i dzieci nieślubnych. Poza tem prawie wszystkie matki, wychodzące z Zakładu, skierowujemy do Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem, najbliższej ich miejsca zamieszkania, aby na niej w celowy i racjonalny sposób wykonywana była w dalszym ciągu systematyczna opieka nad prawidłowym rozwojem niemowlęcia. W tym celu podaje się każdej matce dokładny adres danej Stacji, a równocześnie zawiadamia się daną Stację o adresie wychodzącej matki, zapomocą odpowiedniej szematycznej kartki, na której zapisuje się prócz imienia, nazwiska i dokładnego adresu matki, datę urodzenia dziecka, wagę i wzrost dziecka, stan piersi matki, wynik badania krwi na odczyn Wa, daty podania szczepionki B. C. G. i datę wypisania matki. Kartkę tę, podpisaną przez lekarza, przesyła się co miesiąc do Wydziału Zdrowia Magistratu, który zbiera je ze wszystkich Zakładów Położniczych, szereguje je i następnie rozsyła do po-

szczególnych Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem. W ten sposób ciągłość opieki nad noworodkiem, wychodzącym z Zakładu, jest zapewniona, o ile naturalnie matka z tej bezpłatnej opieki dla dobra swego dziecka chce korzystać.

Wychodząc z założenia, że idealny rozwój dziecka jest w ostateczności zależny głównie od matki, cała opieka nad noworodkiem, a później nad niemowlęciem, przynoszonem regularnie co dwa tygodnie na Stacje Opieki nad niemowlętami, jest tak zorganizowana, że matka ma ciągle możność uczyć się racjonalnego postępowania ze swojem dzieckiem. Obmywając sobie w Zakładzie pod okiem pielęgniarki regularnie pierś, przyzwyczaja się do tego ważnego zabiegu Patrząc na przewijanie dziecka, a później, gdy wstaje, przewijając je sama pod okiem uczenicy, uczy się tej podstawowej czynności pielęgniarskiej. Gdy matka dobrze chodzi, ma również możność przejść do łazienki i przyjrzeć się wzorowej kąpieli. Będąc cały dzień razem z uczenicą praktykantką i położną, oraz widząc się codziennie z lekarzem, matka ma możność zaczerpnąć wiadomości higjenicznych i wychowawczych tyle, że wychodzi z Zakładu należycie uświadomiona co do racjonalnego postępowania z dzieckiem. Ewentualne luki w swej wiedzy może następnie uzupełnić na Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem, oraz odpowiednią literaturą, którą może nabyć również przy wyjściu z Zakładu.

Dr. H. NEWLIŃSKA — Lwów

Co sprzyja wypadaniu macicy po porodzie.

Macica, jako narząd rozrodczy, będący jak gdyby schroniskiem dla rozwijającego się jaja płodowego, musi się odpowiednio zmieniać wraz ze wzrostem ciąży. Aby zadośćuczynić temu zadaniu posiada macica specjalną budowę, polegającą na tem, że dolna jej część jest przytwierdzona w miednicy małej za pomocą tkanki łącznej i więzadeł i wskutek tego ma nieznaczną ruchomość, górna zaś część porusza się we wszystkich kierunkach, gdyż trzon macicy buja swobodnie w miednicy. Już w stanach

prawidłowych położenie macicy zależy od wielu czynników np.: od działania tłoczni brzusznej, od stopnia wypełnienia sąsiednich narządów — pęcherza moczowego i odbytnicy, od pozycji ciała kobiety (podczas leżenia trzon opada ku tyłowi) i t. p. Po usunięciu przyczyny, wywołującej tę zmianę, wraca macica na swoje pierwotne miejsce, t. j. do lekkiego przodozgięcia i przodopochylenia, przyczem ujście zewnętrzne znajduje się na wysokości cieśni miednicy, a trzon w miednicy małej — po za spojeniem łonowem. Siłą, przytrzymującą macicę w tym położeniu, jest aparat więzadłowy, na którym macica jest jakby zawieszona. Aby zaś podczas parcia nie opuszczała się ona ku dołowi — cała podstawa miednicy jest zaopatrzona w grube mięśnie, tak zwaną przeponę miednicową, która podtrzymuje narządy rodne od dołu i zabezpiecza je podczas parcia od wysuwania się nazewnątrz.

W stanach prawidłowych, t. j. gdy mięśnie podstawy miednicy nie są uszkodzone, szczelina między mięśniami, która służy jako wejście do pochwy, jest bardzo wąska, o wiele węższa od macicy. U wieloródek, szczególnie po licznych często po sobie następujących porodach, szpara sromowa staje się szeroka; nazywamy ją wtedy ziejącą. Zmiana ta powstaje wskutek utraty zdolności kurczenia się mięśnia podstawy miednicy bądź z powodu nadmiernego rozciągnięcia się tegoż mięśnia, bądź też z powodu przerwania się włókien mięśniowych. Prócz zmian powyższych u podstawy miednicy po wielokrotnych porodach, występuje również niedomoga aparatu więzadłowego. Najważniejszym więzadłem jest tu więzadło okrągłe, przebiegające od rogów macicy ku spojeniu łonowemu. Podczas powiększania się ciężarnej macicy w kierunku jamy brzusznej — więzadło to rozciąga się, poczem w połogu znów wraca do swej pierwotnej długości. Nie zawsze jednak tak bywa. Czasem rozciągnięcie jest tak znaczne, że więzadło traci swoją elastyczność i nie może już wtedy spełniać swego zadania, t. j. podtrzymywać macicę od góry. Stan ten powoduje rozmaite zmiany w położeniu macicy, a więc: tyłozgięcie, obniżenie, a nawet wypadnięcie macicy. Schorzenia te nie powstają natychmiast po porodzie, lecz stopniowo. Czasem dopiero po kilku latach daje się zauważyć podczas parcia wysuwanie się ścian pochwy, a w końcu może wypaść cała macica. Szczególnie często

zdarza się to u staruszek, u których macica się ogromnie zmniejsza, a więzadła i włókna mięśni podstawy miednicy ulegają zanikowi. Istnieją kobiety o wątłej i delikatnej budowie ciała, u których wszystkie tkanki są mniej wartościowe, mięśnie są gorzej rozwinięte, więzadła są słabsze i cieńsze. U takich osób już po pierwszym porodzie można zauważyć obniżenie się macicy i pochwy.

Widzimy więc, że zmiany te występują w ścisłym związku z porodem i w dużej mierze zależą od prowadzenia porodu i zachowania się rodzącej w połogu. Statystyka wykazuje, że osoby, które odbywają porody w zakładach albo w domu w obecności lekarza lub doświadczonej położnej, w wyjątkowych tylko wypadkach ulegają wypadnięciu macicy. Natomiast u biednych, ciężko pracujących — zdarza się to bardzo często. Jest to rzecz zupełnie zrozumiała, jeżeli uwzględnimy warunki, wśród których poród taki się odbywa. Zazwyczaj asystuje podczas porodu babka lub w najlepszym razie położna. O ile jest ona niesumienna — to w razie pęknięcia krocza, bojąc się, że ktoś ją posądzi o nieumiejętność — zatai ten fakt, lub nie chcąc narazić rodzącej na koszta — nie wezwie lekarza. Krocze się zabliźni, lecz mięśnie pozostają przerwane i nie mogą już wtedy spełniać swego zadania. Z drugiej strony wypadnięciu macicy sprzyja wczesne wstawanie położnicy, a szczególnie wysiłki fizyczne. Wiejskie kobiety nie leżą po porodzie długo, gdyż nie mają na to czasu. Już po paru dniach, a czasem nawet na drugi dzień po porodzie — zabierają się do zwykłych, często dość uciążliwych czynności gospodarskich. Mięśnie podstawy miednicy nie zdążyły wrócić jeszcze do normalnego stanu, nie nabrały jeszcze poprzedniej jędrności, macica jest jeszcze duża, a więzadła bardzo wiotkie — to też najmniejszy wysiłek fizyczny, związany ze wzmożeniem ciśnienia wśródbrzusznego, wywołuje już zmiany w położeniu narządów rodnych, które stopniowo mogą doprowadzić do obniżenia i wypadnięcia macicy.

W innych znowu przypadkach położne, wobec wyso-

Zbyt wczesne wstawanie po porodzie grozi licznemi chorobami następowemi.

kiego krocza lub dużej główki płodu, ambicjonują się w tym kierunku, by krocze było całe. Trzeba o tem pamiętać, że nie zawsze całość skóry krocza przemawia za nieuszkodzoną podstawą miednicy. Często skóra da się utrzymać, lecz mięśnie zostaną zmiażdżone przez główkę — pozornie krocze jest utrzymane, ale narządy podtrzymujące części rodne od dołu uległy zniszczeniu — i tego położna nie może zauważyć. Pozatem w takich przypadkach błona śluzowa w pochwie może być również uszkodzona, jak gdyby starta na dużej przestrzeni, co ze swej strony daje powód do powstawania owrzodzeń w pochwie, cuchnących odchodów, ropienia, a nawet obrażenie takie może być punktem wyjścia dla ogólnego zakażenia.

Widzimy więc, że w tych przypadkach utrzymanie skóry krocza przynosi rodzącej więcej szkody, niżby to było po nacięciu, a nawet po pęknięciu krocza. Co się tyczy wyników, jakie otrzymujemy po szyciu krocza naciętego i pękniętego, to daje się zauważyć duża różnica na korzyść krocza naciętego. Rana cięta ma brzegi równe, gładkie, które po zeszyciu dobrze przylegają do siebie i prędko się zlepiają, pozostawiając potem równą, wąską bliznę. Rana darta natomiast ma brzegi nierówne, postrzępione, tkanka wokoło niej jest zmiażdżona. Naturalnie, że warunki gojenia są tu znacznie gorsze, często rana taka ulega zropieniu — powstaje blizna szeroka, niekształtna.

Z następstw, które mogą wystąpić po niezeszytych pęknięciach krocza, trzeba wymienić zapalenia pochwy i szyji macicy. Szeroka szpara sromowa daje łatwiejszy dostęp dla rozmaitych drobnoustrojów i zanieczyszczeń, które drażnią błonę śluzową i wywołują objawy zapalne w postaci upławów i pieczenia.

Z dalszych powikłań, jak już wspomniałam, może się zdarzyć obniżenie i wypadnięcie macicy. W lżejszych stopniach — przez szparę sromową wypukla się przednia ściana pochwy, która pociąga za sobą i pęcherz moczowy. Chore skarżą się wtedy na uczucie ciążenia ku dołowi, a czasem występują zaburzenia ze strony pęcherza moczowego. Gdy macica i pochwa zaczynają wypadać — uczucie parcia ku dołowi staje się większe, przyczem cho-

Każde pęknięcie krocza winno być zeszyte.

re czują, że coś im w kroku zawadza. W razie zupełnego wypadnięcia macicy — przed szparą sromową znajduje się guz, który przeszkadza podczas chodzenia i siedzenia. Obmacywanie takiego guza pozwoli nam wyczuć w nim trzon macicy, a podczas oglądania zobaczymy część pochwową i ujście macicy; cały guz pokryty będzie błoną śluzową pochwy, na której przeważnie znajdują się owrzodzenia, powstałe wskutek ocierania o uda podczas chodzenia. Obniżenie się narządów miednicy małej wywołuje bóle w krzyżach, trudności w oddawaniu moczu, a wskutek niezupełnego opróżniania się pęcherza — zastój moczu i w związku z tem zapalenie pęcherza. Są to mniej więcej ogólne objawy, które towarzyszą wypadnięciu macicy.

Rozpatrzywszy wszystkie powyższe zmiany i przyczyny wywołujące wypadanie macicy, dochodzimy do wniosku, że od sumienności położnej zależy w dużej mierze to schorzenie. Wszak wśród osób biednych położna jest tą osobą, która prowadzi poród, od niej zależy życie dziecka i zdrowie matki. To też winna ona zwracać baczną uwagę na całość krocza, winna pamiętać o następstwach, jakie uszkodzone mięśnie podstawy miednicy mogą spowodować, winna kierować się nie względami osobistymi, lecz dobrem rodzącej. W przypadkach, w których zauważy, że krocza nie utrzyma, powinna wezwać zawczasu lekarza, aby krocze naciął, o ile zaś nastąpiło już pęknięcie — wezwać go, aby to krocze natychmiast zeszył. W połogu dokładna pielęgnacja, leżenie w łóżku i spokój — oto są warunki, które sprzyjają gojeniu się rany. Jeżeli położna będzie się do tego ściśle stosować, ilość przypadków wypadnięcia macicy znacznie się zmniejszy.

Dr. MARJAN KRZYŻANOWSKI — Lwów.

Karmicielka.

(Ciąg dalszy).

Dokarmianie pokarmem nienaturalnym (sposób mieszany). Całkowite karmienie nienaturalne.

Tam, gdzie matka dla braku pokarmu, albo z polecenia lekarza nie może karmić swego niemowlęcia sama, polecić należy w pierwszym rzędzie odżywianie przez kar-

micielką obcą (mamkę). Oczywiście dostępne to będzie jedynie w domach zamożniejszych. Karmicielka powinna posiadać dwa zasadnicze przymioty:

1) Musi być zdrowa, o czem zaświadczyć winien lekarz,

2) Musi posiadać dostateczną ilość pokarmu, powinniśmy bowiem starać się zawsze tak pokierować sprawą, by mamka karmiła również i swoje dziecko. W imię sprawiedliwości społecznej nie można narażać zdrowia istoty kosztem drugiej! Karmicielka, posiadająca poddostatkiem pokarmu, zaspokoi z łatwością potrzeby dwojga dzieci.

Do częściowego dokarmiania pokarmem nienaturalnym uciekamy się wtedy, gdy matka wydziela pokarm w ilości niewystarczającej. Sposób polega na tem, że niemowlę wysysa z piersi tyle ile może, resztę gdy zalega odciągamy balonikiem i podajemy łyżeczką, a ponadto niedobór dopełniamy pokarmem sztucznym. Można postępować również w ten sposób, że naprzemian dajemy dziecku wyssać w jednej porze karmienia obie piersi, w drugiej flaszeczkę z pokarmem sztucznym. Pierwszym sposobem, ściślejszym, lecz bardziej mozolnym posługujemy się, gdy mamy do dyspozycji wagę dla niemowląt. Dlatego też w praktyce prywatnej doradzimy raczej zastosowanie drugiego, naprzemiennego sposobu.

Karmienie całkowite pokarmem nienaturalnem (t. z. karmienie sztuczne) stosujemy jedynie w wypadkach zupełnego braku pokarmu u matki lub ze wskazań lekarskich. Nie potrzebuję chyba rozwodzić się nad tem, że tu tembardziej obowiązuje ścisłe przestrzeganie regularnych odstępów czasu między poszczególnymi posiłkami wedle wskazówek, jakie podałem w artykule poprzednim.

Nasuwają się z kolei dwa zasadnicze pytania:

1) Jakiego sztucznego pokarmu używać?

2) W jakiej ilości?

ad 1. Jedynym pokarmem sztucznym, który wchodzi tu w rachubę jest w pierwszych trzech miesiącach życia niemowlęcia m l e k o k r o w i e, r o z c i e ń c z o n e w o d ą p r z e g o t o w a n ą, a l b o k l e i k i e m w s t o s u n k u: 2 c z ę ś c i m l e k a n a 1 c z ę ś ć w o d y w z g l ę d n i e k l e i k u i o c u k r z o n e 5 g r a m a m i c u k r u n a 100 $cm.^3$ m i e s z a n k i.

Dla orjentacji następująca tabelka:

na cm³ mieszanki przypadnie	mleka,	wody (kleiku),	cukru
100	67 cm³	33 cm³	5 gr.
120	80 „	40 „	6 „
150	100 „	50 „	8 „
180	120 „	60 „	9 „

Sposób przyrządzania kleiku.

Jedną łyżkę ryżu zalewamy 1/2 litra wody i gotujemy do należytego rozklejenia. Odcedzamy przez gęste i czyste sitko włosienne lub zwykłe czyste płócienko, przecierając lekko czystą łyżką. Przesącz uzupełniamy do objętości 1/2 litra przegotowaną wodą. Przechować można przez jeden dzień w naczyniu nakrytem w chłodnem miejscu.

Doradzałbym rozcieńczanie mleka kleikiem tylko tam, gdzie matka względnie otoczenie dziecka daje gwarancję, że przyrządzi i przechowa kleik pedantycznie według przepisu i czysto. Tam, gdzie mamy uzasadnione podejrzenie, że warunki te nie zostaną spełnione, lepiej rozcieńczać mleko przegotowaną wodą.

Mieszanka taka jaką wyżej podałem, zbliża się najbardziej pod względem swego składu chemicznego do składu mało tłustego mleka kobiecego.

ad 2. Z tej mieszanki podawać będziemy niemowlęciu donoszonemu i zdrowemu (chore lub niedonoszone należy do lekarza) w pierwszych dniach po 20, 30, 40 cm³ na jedno karmienie, stopniowo zwiększać będziemy porcje tak, by po dwóch tygodniach dojść do ilości 120 cm³ na porcję. Po dalszych dwóch tygodniach podwyższymy na 150 cm³ i na tem narazie poprzestaniemy. Dopiero w późniejszym czasie — w czwartym miesiącu, o ile dziecko jest zdrowe, ma prawidłowe stolce, rozwija się należycie, możemy spróbować powoli, zrazu jeden raz dziennie, potem dwa razy i częściej podawać po 180 cm.³

Należy obecnie zapoznać się ze sposobem przygotowania mleka i techniką karmienia. Sprawa jest ważna, gdyż zaniedbania w tej dziedzinie zagrażają w wysokim stopniu zdrowiu dziecka.

Matka powinna karmić swoje dziecko piersią.

Mleko dla niemowlęcia powinno o ile możności pochodzić od jednej krowy, która musi być zdrowa. Z rannego podoju oddzielamy taką ilość, jaka jest potrzebna na cały dzień. Celem pozbycia się zanieczyszczeń mechanicznych cedzimy mleko przez czyste płócienko do czystego, specjalnie na ten cel przeznaczonego naczynia. Mleko surowe zawiera zawsze znaczną ilość drobnoustrojów, z których jedne mogą być drobnoustrojami chorobotwórczymi, inne powodują szybkie psucie się mleka.

Drobnoustroje te należy zniszczyć. Czynimy to najprościej i najpewniej przez jednorazowe krótkie zagotowanie mleka (sprażenie). Natychmiast po sprażeniu należy mleko ochłodzić do możliwie niskiej temperatury. Tam, gdzie mamy do dyspozycji lodownię, skorzystamy oczywiście z tej wygody, w braku lodowni i lodu wstawimy naczynie do zimnej wody, którą będziemy często zmieniali. Takie sprażone i ochłodzone szybko mleko możemy przechowywać nakryte w tem samem naczyniu w chłodnem miejscu (lodowni, piwnicy) i czerpać zeń każdorazowo potrzebną ilość. Lepiej jednak i wygodniej zaraz po sprażeniu i ochłodzeniu zaraz porozlewać odpowiednie porcje na cały dzień do sześciu czysto wymytych flaszek 150 centymetrowych, zatkać flaszki zwitkami waty lub gazy i tak przechowywać w miejscu, gdzie temperatura nie przekracza 10° C. Bezpośrednio przed karmieniem bierzemy jedną flaszkę, dolewamy do niej odpowiednią ilość przegotowanej wody, dodajemy odpowiedni procent cukru (patrz wyżej) i ogrzewamy całą mieszankę, wstawiając na chwilę flaszkę do ciepłej wody. Następnie nakładamy na flaszkę czystemi rękami smoczek i podajemy dziecku do ssania. W czasie nakładania smoczka należy go chwytać u nasady, a nie u szczytu, który dostaje dziecko do ust. Podając flaszkę do ust niemowlęciu należy ścisnąć smoczek w połowie, w przeciwnym razie mleko wylewa się dziecku na twarz. Nie należy używać smoczków z rurkami szklanemi, te bowiem nie dadzą się nigdy utrzymać w należytej czystości. Po każdem karmieniu trzeba tak smoczek jak i flaszkę należycie wymyć ciepłą wodą — flaszkę ponadto wysuszyć. Smoczek przechowywać w czystym, zatkanym słoiczku. Od czasu do czasu smoczek wygotować.

Słońce to źródło zdrowia dla dziecka.

Dla odmierzania odpowiednich objętości mleka i wody, nadają się najlepiej szklane cylindry miarowe z podziałką, które można zawsze nabyć w aptekach lub drogerjach. Niedrogi ten sprzęt (koszt około 2 zł.) oddaje znakomite usługi.

Przeprowadzić ocenę wyników karmienia nienaturalnego, bez posługiwania się wagą dla niemowląt i bez znacznego doświadczenia w dziedzinie fizjologji i patologji wieku niemowlęcego jest rzeczą wprost niemożliwą, jest błądzeniem w ciemności. Dlatego winna położna użyć całego autorytetu, jaki posiada wobec młodej i niedoświadczonej matki, by ją w tym wypadku nakłonić do korzystania z dobrodziejstw najbliższej stacji opieki nad matką i dzieckiem. Przy dzisiejszych tendencjach do jaknajszerszej rozbudowy medycyny społecznej powstanie niewątpliwie w bliskiej przyszłości gęsta sieć tych pożytecznych instytucji, a wówczas będą one względnie łatwo dostępne nawet dla ludności wiejskiej.

C. d. n.

Prof. KAZIMIERZ ŻURAWSKI — Lwów.

Współpraca Towarzystwa Szkoły Ludowej w dokształcaniu uczenic Państw. Szkoły Położnych we Lwowie.

(Ciąg dalszy).

I. Zasadnicze założenia społeczno-programowe.

W omawianiu założeń społeczno-programowych pracy T. S. L. w dokształcaniu położnych, oraz następnych rozdziałów niniejszego artykułu muszę zaznaczyć, że mam głównie na uwadze stanowisko, zadania i rolę położnej wiejskiej, a raczej na wsi, gdyż środowisko wiejskie przedewszystkiem pracy położnej potrzebuje, tak że przedewszystkiem potrzeby tego środowiska wiejskiego mam na myśli i wszelki program kształcenia położnych głównie to środowisko musi mieć na uwadze. Stanowisko bowiem i rola zawodowa oraz społeczna położnej w mieście jest pod wielu względami zgoła inna i tutaj w swych rozważaniach zastanawiać się nad nią prawie nie będę, zaledwie jej dotykając.

Gdy zaś przystępuję do szerszego omówienia zasadniczych założeń społeczno-programowych pracy T. S. L. w dokształcaniu położnych wiejskich, muszę wprzód choćby krótko przedstawić zasadnicze potrzeby zdrowotne wsi w Polsce, głównie w dziedzinie higjeny, i zapobiegania chorobom wśród ludności wiejskiej, zwłaszcza wśród kobiet i dzieci. Bez takiego krótkiego bodaj rzutu oka na te sprawy obawiam się, że nie porozumiem się dostatecznie z szerszemi sferami Czytelników (a raczej Czytelniczek) tych artykułów, o co mi głównie idzie w dalszem omawianiu sprawy potrzeby i pożytku dokształcania, oraz wynikających stąd wniosków i postulatów. Streścimy więc króciutko stan zdrowotny wsi w Polsce, co się zaczęło robić dla polepszenia tego stanu i w czem mogłaby położna wiejska, odpowiednio dobrana, wykształcona i wyszkolona, być pomocna zmianie tego stanu na lepsze.

A) Stan zdrowotny wsi w Polsce i potrzeba pracy nad jego podniesieniem.

Wieś polska jest pod względem zdrowotnym niesłychanie zaniedbana. Dotyczy to zatem mniej więcej 3/4 ludności całego kraju t. j. około 25 miljonów ludności. Polska jest bowiem krajem rolniczem i ma zgórą 70 proc. ludności na wsi. Położenie zaś na wsi pod względem zdrowotnym jest rozpaczliwe.

Stwierdza ten fatalny stan rzeczy m. in. *dr. Marcin Kacprzak*, który na podstawie badań podaje swe spostrzeżenia w specjalnym zeszycie „Pol. Czerwonego Krzyża" (za grudzień 1933), poświęconym akcji nad podniesieniem zdrowotności wsi polskiej. Przypatrzmy się jakie są główne braki zdrowotne wsi w Polsce:

1. Mieszkanie. Chłop w Polsce mieszka wciąż ciemno, brudno i ciasno, często w lokalu wilgotnym, nie przewietrzanym, przepełnionym rupieciami wszelkiego rodzaju, a niezaopatrzonym w przedmioty najniezbędniejsze. *dr. Kacprzak* słusznie twierdzi (co zakrawa na ironję w naszych warunkach obecnych), iż mieszkanie jednoizbowe jest niedopuszczalne nigdy i nigdzie, a 2-izbowe może być zaledwie tolerowane. Jako wzór podaje mieszkanie robotnicze i włościańskie w Holandji: 5-izbowe z dużą ogólną jadalnią i 3 sypialniami.

U nas sypialnie są wciąż zbędne. Często cała rodzina, zwłaszcza w zimie: mężczyźni i kobiety, młodzież

i dzieci, śpią wspólnie na jednem łóżku, raczej barłogu, sypiają nieraz w ubraniu (choćby częściowem), nakrywają się wspólną kołdrą, czy kocem, czasem pierzyną, lub jakiemiś staremi kożuchami lub derkami. O podstawowej zasadzie hygjenicznej — osobne łóżko dla każdej osoby w takich warunkach niema mowy. Jakże to, pomijając już wszelkie inne względy, sprzyja przenoszeniu chorób zakaźnych. Brud, ciasnota i zaduch nikogo nie rażą. Często w grę tu wchodzą oszczędności na świetle i opale, co przy nędzy dzisiejszej jest zupełnie zrozumiałe.

2) Woda. Zła woda i sposób usuwania (raczej przechowywania) nieczystości sprzyjają wszelkim chorobom jelit, pladze wsi polskiej. Stan pod tym względem jest tak rozpaczliwie niechlujny, iż, jak twierdzi *dr. Kacprzak*, człowiek, któryby zmusił ludność u nas do stawiania studni i ustępów i należytego z nich korzystania, zasłużyłby na pomnik.

3) Czystość. Mycie się regularne i kąpiel (zwłaszcza przez 7 miesięcy chłodnych) są uważane za przesąd. Bieliznę zmienia się bardzo rzadko. Odzież nigdy nie bywa wietrzona, ani prana. W wielu okręgach ludność sypia stale w odzieży dla ciepła, aż do zdarcia, co spotyka się zwłaszcza na ziemiach wschodnich, będących wciąż groźnem ogniskiem duru plamistego, który się szerzy wyłącznie przez wesz odzieżową.

Weźmy teraz pod uwagę w jakim stanie może być żywność, dowożona do miast ze wsi tak niechlujnej, a przedewszystkiem mleko.

4) Odżywianie domaga się gruntownej i gwałtownej reformy. Odżywianie bowiem naszej ludności wiejskiej jest zbyt jednostajne (chleb, buraki, kartofle, kapusta nie wszędzie mleko i jaja, które się sprzedaje), źle przyrządzone, niesmaczne, czasem wprost szkodliwe (zwłaszcza dla dzieci) i niestrawne. (Wiele matek i gospodyń wprost nie umie gotować, a raz ugotowane jadło trzyma aż do zupełnego zjedzenia, mimo, że niekiedy się zepsuło. Wiele wieśniaczek nie umie zupełnie przyrządzać rozlicznych jarzyn. Z powodu ubóstwa czasem oszczędza się soli. Garnki i mleko trzyma brudno.

O zdrowiu narodu świadczy czystość i higjena.

W krzewieniu higjeny na wsi należy zwrócić głównie uwagę na kobietę, gdyż ona prowadzi gospodarstwo domowe, ona jest wychowawczynią młodego pokolenia, ona prowadzi dom i kuchnię, sprząta i styka się z tą całą dziedziną, która leży w zakresie higjeny. Trzeba więc dotrzeć do kobiet na wsi przy pomocy kół gospodyń wiejskich i innych organizacji.

W tym kierunku rozpoczęły pracę (niedawno, od wiosny 1933) siostry Polskiego Czerwonego Krzyża. Częsty kontakt tej instytucji ze wsią, zwrócił uwagę na te rażące zaniedbania zdrowotne. Pielęgniarki Pol. Czerw. Krzyża prowadzą kursy zdrowia dla zorganizowanych Kół gospodyń-ziemianek na terenie całej Polski.

Wspomniany zeszyt 12. z r. 1933 miesięcznika Pol. Czerw. Krzyża, podaje opisy początków tej pracy. A więc instruktorka siostra Anna Ossowska podaje zakres kursów hygjeny elementarnej, oraz ratownictwa i sposób ściągania uczestników.

Trzeba przytem zdobyć koniecznie zaufanie mężów i ojców, bo bez nich by się dziewczęta i kobiety na kurs nie zapisywały. Później odbywają się kursy złączone z odwiedzaniem chat dla udzielenia najważniejszych wskazań.

Dalej p. Jerzy Zbroch opisuje dość żmudną, a bardzo odpowiedzialną pracę kolumn dezynfekcyjno-kąpielowych dla zwalczania brudu, co się wiąże ze zwalczaniem chorób zakaźnych.

Praca jest bardzo rozległa. Pol. Czerwony Krzyż zamierza znacznie rozszerzyć pracę higjenistek pielęgniarek na wsi, aby się w ten sposób przyczynić do podniesienia poziomu higjeny w ośrodkach wiejskich.

Akcja ta zasługuje na gorące uznanie. Ale można ją uważać za grunt przygotowawczy, który jednak całości sprawy zdrowia na wsi nie rozwiąże. Pol. Czerw. Krzyż może wykonać zadania niezmiernej wagi i na to potrzeba szeregu lat pracy. Pozostaje jednak nadal ta dziedzina wykonania, przypilnowania i stałego, ciągłego przestrzegania, pouczania i przypominania tego wszystkiego, co dotyczy elementarnych wymogów higjeny osobniczej i społecznej. Może tego dokonać tylko czynnik stale na wsi przebywający, doskonale znający warunki ogólne i osobiste tego środowiska, mający z tem środowiskiem ciągły a bezpośredni i nieunikniony kontakt, a odpo-

wiednio wyszkolony i przygotowany do tego rodzaju pracy uświadamiającej i pouczającej w dziedzinie zdrowotnej. Jeżeli więc nie będzie stale we wsi lekarza, (np. w wiejskim ośrodku zdrowia), to najłatwiej mogłaby i powinna rolę higjenistki wiejskiej spełnić odpowiednio dobrana i wyszkolona położna.

C. d. n.

Seminarjum położnicze.

Ile razy i kiedy powinna badać położna rodzącą wewnętrznie w czasie porodu?

Położna wezwana do rodzącej winna przeprowadzić dokładne badanie położnicze według pewnego planu. Badanie to składa się z trzech części: wywiadów, badania zewnętrznego i badania wewnętrznego. Jeżeli położna umiejętnie i planowo przeprowadzi wywiady i badanie zewnętrzne — zorjentuje się w większości przypadków najdokładniej w przebiegu porodu.

Większość położnych nie uświadamia sobie należycie wartości tego badania. Przeprowadza to badanie chaotycznie, bez żadnego planu i w końcu nie orjentuje się w przebiegu porodu nawet w najprostszym przypadku. Położna, asystując podczas porodu, najchętniej stara się rozstrzygnąć wszystkie wątpliwości za pomocą badania wewnętrznego rodzącej. Stąd też bada często zupełnie bez potrzeby, narażając rodzącą na poważne niebezpieczeństwo, i w rezultacie wie tyle po wykonaniu badania wewnętrznego, ile wiedziała przedtem.

Badanie wewnętrzne wykonane przez położną niepotrzebnie, bez należytego uzasadnienia, pociąga za sobą bardzo poważne następstwa prawne. Odnoszę wrażenie, że położne nie zdają sobie z tego sprawy. Instrukcja dla położnych § 25 wyraźnie mówi, że położna nie powinna nadużywać tego badania. Opierając się na tej instrukcji można pociągnąć położną do odpowiedzialności sądowej i bardzo łatwo będzie udowodnić położnej błąd w sztuce. Jakie stąd wynikną konsekwencje, nie trudno się domyślić. Dziś społeczeństwo już wie do czego ogranicza się rola położnej podczas porodu. Uświadomienie to powiększa się z roku na rok. Nie należą już dzisiaj do rzadkości skargi sądowe

na położne, z powodu powikłań, mogących się wydarzyć po porodzie, jak np. gorączka połogowa, śmierć płodu i t. d. Rodzina chętnie doszukuje się winy w postępowaniu położnej i dochodzi swoich pretensji na drodze sądowej. Jeżeli położna zachowa się podczas porodu zgodnie z zasadami nauki i z instrukcją i nie popełni żadnego błędu, wtedy łatwo będzie mogła się obronić.

Powikłania poporodowe, a szczególnie gorączka połogowa, mogą wystąpić bez winy położnej, a jednak skoro położna np. badała rodzącą nie w odpowiedniej chwili lub bez potrzeby, będzie można już zarzucić położnej, że swoim postępowaniem mogła spowodować zakażenie. Jak już wspomniałem, położne naogół nie wiedzą, kiedy badać wewnętrznie, ile razy wykonać to badanie, i przez to narażają na poważne niebezpieczeństwo nie tylko rodzące, powierzone ich opiece, lecz szkodzą również i zawodowi, który wykonują.

Kiedy zatem i ile razy powinna położna badać wewnętrznie, by postąpić zgodnie z instrukcją i nie narazić się na konsekwencje prawne?

Położna, wezwana do rodzącej, winna przeprowadzić jak najdokładniej wywiady oraz badanie zewnętrzne. Podczas wywiadów dowie się o przebiegu ciąży i porodu, dowie się o poprzednich porodach, pozatem zorjentuje się z kim ma do czynienia i w jakiem środowisku się znalazła. Za pomocą badania zewnętrznego stwierdzi położna jakie jest położenie płodu, postawa, czy płód żyje, czy też nie, zmierzy obwód miednicy, zorjentuje się jaki jest stosunek części przodującej do miednicy i t. d. Jeżeli za pomocą tego badania nie zorjentuje się, jakie jest położenie płodu i gdzie znajduje się część przodująca, wtedy wolno położnej przystąpić do badania wewnętrznego. Położna może być wezwana do pierwiastki pod koniec I. okresu porodowego. Główka wtedy bywa już zazwyczaj ustalona i znajduje się głęboko w miednicy. Położna w takim przypadku może być w rozterce i nie będzie miała pewności, czy główka przoduje. Zatem w tych przypadkach, w których badanie zewnętrzne nie wyjaśnia położnej w sposób zupełnie pewny położenia płodu, budowy miednicy — winna bezwarunkowo przystąpić do badania wewnętrznego. Jeżeli badaniem wewnętrznem stwierdzi, że główka jest ustalona w miednicy, wtedy już do końca

porodu badanie wewnętrzne jest niedozwolone. Gdyby w takim wypadku poród przeciągał się ponad normę, zakreśloną dla porodu prawidłowego, położna uważa poród za nieprawidłowy i wzywa lekarza, lub odsyła rodzącą do najbliższego zakładu położniczego.

Badając zewnętrznie stwierdza położna miednicę ścieśnioną: główka płodu balotuje nad wchodem miednicy. W takim wypadku należy zbadać wewnętrznie, aby przekonać się, czy przypadkiem nie przoduje pępowina lub inna część płodu. Jeżeli nie stwierdzi tych powikłań, winna zbadać poraz drugi po pęknięciu pęcherza, gdyż może się zdarzyć, że odpływające wody płodowe porwą za sobą pępowinę lub rączkę. Przypadki miednic ścieśnionych winny być z reguły kierowane do zakładów położniczych. Tylko w wyjątkowych okolicznościach poród może się odbywać w domu, a wtedy położna winna natychmiast wezwać lekarza, który orzeknie w jaki sposób poród ten prowadzić.

W dużych miastach mamy dzisiaj poradnie dla ciężarnych. Coraz więcej ciężarnych korzysta z tych instytucyj. Jest to zjawisko bardzo pocieszające. W poradni prowadzonej przez doświadczonego lekarza specjalistę decydują się nieomal losy rodzącej. Poradnie takie winne być w interesie zdrowia publicznego zorganizowane wszędzie, gdzie się tylko da. Na odległej prowincji we wioskach i w małych miasteczkach poradniarką jest położna. Winna ona uświadamiać ciężarne, by zgłaszały się do badania w czasie ciąży; wtedy już można rozpoznać wiele nieprawidłowości i skierować ciężarną do leczenia. Ponieważ badanie wewnętrzne osoby ciężarnej nie kryje w sobie tyle niebezpieczeństw, co badanie wewnętrzne rodzącej, winna zatem położna kierować ciężarne do lekarza i jeżeli zostanie stwierdzone, że położenie płodu jest prawidłowe, a główka przyparta lub ustalona w miednicy, wtedy nie zajdzie potrzeba badania wewnętrznego w czasie porodu.

Trzeba, aby położne zrozumiały, jaką jest ich rola wobec rodzących. Położna wobec rodzącej i położnicy odgrywa rolę pielęgniarki, instruktorki; opiekuje się rodzącą i położnicą i jej dzieckiem, czuwa nad tem, by osobie powierzonej jej pieczy nie stało się nic złego. Skoro tylko zauważy grożące niebezpieczeństwo winna natychmiast wezwać lekarza.

Zatem na pytanie kiedy i ile razy wolno położnej badać wewnętrznie rodzącą, należy odpowiedzieć w taki sposób:

1) Jeżeli położna zbadała wewnętrznie ciężarną w ostatnich tygodniach ciąży i stwierdziła, że położenie płodu jest prawidłowe, a główka ustalona — to badanie wewnętrzne wczasie porodu jest zupełnie zbędne.

2) Jeżeli położna wezwana do rodzącej nie zorjentowała się badaniem zewnętrznem co do położenia płodu, stosunku części przodującej do miednicy, a lekarz przybyć nie może — winna zbadać wewnętrznie.

3) Jeżeli stwierdziła ścieśnienie miednicy znacznego stopnia, a poród odbywać się będzie w domu, powinna wezwać lekarza na samym początku porodu. Jeżeli przybędzie lekarz, to on daje położnej polecenie, czy ma badać wewnętrznie i kiedy. Bez wyraźnego zlecenia lekarza nie powinna położna badać wewnętrznie. Gdyby lekarz absolutnie nie mógł przybyć — wolno położnej zbadać wewnętrznie przed odejściem wód, by przekonać się czy nie przoduje drobna część płodu Po odejściu wód również winna przeprowadzić badanie wewnętrzne, aby stwierdzić, czy przypadkiem nie wypadła pępowina lub rączka.

Przegląd piśmiennictwa.

(Streszczał Dr. Fr. Schnek — Lwów).

Dr. JERZY PERL.

O wartości próby biologicznej Zondeka i Aschheima dla rozpoznawania ciąży.

Ciąża wczesna, względnie ciąża w macicy mięśniakowatej albo też ciąża pozamaciczna, nastręczają niekiedy bardzo wielkie trudności rozpoznawcze.

Badania uczonych nad zmianami w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu wykazały, że w moczu ciężarnych znajdujemy znacznie zwiększoną ilość wydzieliny przysadki mózgowej i jajnika. Wydzieliny tych gruczołów nazywamy hormonami. W moczu nie ciężarnych hor-

monów tych jest bardzo mało. Wstrzykiwanie moczu białej myszce młodocianej, a następnie badanie zmian w narządach rodnych tej myszki pozwala stwierdzić, czy mocz wstrzyknięty był moczem osoby ciężarnej czy też nieciężarnej.

Przegląd akuszeryjny Nr. 1. 1934 r.

Prof. Dr. MIKULICZ-RADECKI (Królewiec).

Zapalenie miedniczek nerkowych w czasie ciąży.

Zapalenie miedniczek nerkowych w czasie ciąży, porodu i połogu występuje bardzo często i jakkolwiek leczeniem tego schorzenia zajmować się powinien wyłącznie lekarz, to jednak koniecznem jest, aby każda położna znała objawy i przebieg tej choroby. Położna jest bowiem przeważnie tą pierwszą, u której ciężarna kobieta zasięga porady w wypadku jakiegoś powikłania, w czasie ciąży występującego. Znając zatem objawy danego schorzenia, położna może w znacznym stopniu przyczynić się do tego, by chora udała się do lekarza jak najszybciej i w ten sposób nie zaniedbała swej choroby.

Schorzenie to występuje przeważnie w drugiej połowie ciąży i objawia się bólami w okolicy nerki, zazwyczaj prawej, wysoką ciepłotą i dreszczami. Bóle mogą nawet występować bardzo gwałtownie. Ponieważ przeważnie chorym jest też i pęcherz moczowy, chora skarży się na bóle w okolicy pęcherza oraz na pieczenie przy oddawaniu moczu. W chwili wystąpienia tych objawów należy wezwać lekarza, który ustali rozpoznanie, bo bóle w prawym boku mogą pochodzić nie tylko z nerki, lecz i z woreczka żółciowego lub wyrostka robaczkowego. Lekarz poleca leczenie, położna zaś, mająca chorą w swej opiece, przestrzega ściśle wskazówek lekarza i w ten sposób wzmaga skuteczność leczenia.

Zapalenie miedniczek nerkowych, występujące podczas ciąży, nie jest powikłaniem przypadkowem, od ciąży niezależnem, lecz przeciwnie ciąża w znacznym stopniu przyczynia się względnie ułatwia występowanie zapalenia. W czasie ciąży bowiem zmianie ulega nietylko sam narząd rodny kobiecy (powiększenie macicy, przekrwienie jajników i pochwy) lecz także i narządy z nim sąsia-

dujące, a więc narząd moczowy i jelita. Pęcherz moczowy wiotczeje i zwiększa swoją objętość; moczowody ulegają rozszerzeniu i zwiotczeniu, skutkiem czego łatwo ulegają skrętom lub zaciśnięciu i wydalają mocz z miedniczek nerkowych do pęcherza moczowego znacznie wolniejszym prądem. Stale powiększająca się macica uciska na tak zmienione moczowody, zwłaszcza po stronie prawej, ponieważ macica po tej stronie bardziej pochylona jest ku tyłowi. Tak powstaje nadmierne nagromadzenie się moczu w miedniczkach nerkowych oraz ich rozszerzenie. Sam ten fakt nie świadczy jeszcze o schorzeniu miedniczek, lecz stanowi podatne podłoże do zakażenia.

Zakażenie występuje, o ile do organizmu wtargną drobnoustroje (bakterje), które zadziałają szkodliwie na błonę śluzową miedniczek nerkowych. Drobnoustroje chorobotwórcze mogą wejść do miedniczek bądź to przez moczowody z pęcherza, już poprzednio chorego, (t. zn. od dołu ku górze), bądź też z krwiobiegu, do którego dostały się drogą chłonną, przedostają się do nerki, a stamtąd do miedniczek (t. zn. od góry ku dołowi).

Obecność zarazków w miedniczkach i niemożność ich wydalenia z odpływającym wolno prądem moczu powoduje usadowienie się bakterji w błonie śluzowej miedniczek, które nazywamy zapaleniem. Zapalenie to z początku daje lekkie objawy, lecz gdy mu się energicznie nie przeciwdziała natychmiast w chwili wystąpienia bolesności, może powodować zapalenie nerek i ogólne zakażenie. Schorzenia tego nie należy zatem lekceważyć, ponieważ może doprowadzić do niemożności donoszenia płodu. Długotrwała gorączka może bowiem spowodować przedwczesny poród albo też ciężki stan chorej może zmusić lekarza do przerwania ciąży. Natychmiastowe leczenie należy zatem podjąć nie tylko w obronie życia i zdrowia matki, ale także w obronie życia płodu.

Podobnie przebiega to schorzenie w czasie połogu, przedłuża się nawet na cały czas połogu i dlatego powinna położna zawsze zwracać uwagę chorej, u której to powikłanie wystąpiło, że choroba może się powtórzyć, oraz doradzać pacjentce, żeby jeszcze przez pewien czas pozostawała pod opieką lekarską.

Zeitsch. deutsch. Hebammen Nr. 1 34. — Niemieckie czasopismo dla położnych.

Prof. Dr. VERSCHUER (Berlin).

Przyszłość potomstwa.

W Niemczech wyszła ostatnio ustawa, opierająca się na nauce o dziedziczności. Ustawa ma za zadanie zapobiedz rozrostowi potomstwa dziedzicznie obciążonego. Cel ten zostaje osiągnięty drogą przymusowej sterylizacji, t. zn. że osobników chorych, co do których opinja naukowa wyda sąd, że potomstwo ich może być dziedzicznie obciążone, poddaje się operacji, dzięki której stają się niepłodnymi. Odnosi się to w pierwszym rzędzie do osób umysłowo chorych, alkoholików i luetyków, a na dalszym planie do głuchoniemych, dziedzicznie ślepych, epileptyków i innych. Ustawa ma się przyczynić do wzmocnienia i poprawienia stanu zdrowotnego przyszłych pokoleń.

Zeitsch. deutsch. Hebammen Nr. 1/34. — Niemieckie czasopismo dla położnych.

Na klinice wiedeńskiej urodziła pewna 45-letnia żona woźnicy 29 dziecko. Z pośród 29 żywo urodzonych dzieci żyje obecnie 16-ro, w tem 12 chłopców i 4 dziewczynki. Wszystkie porody odbyły się siłami natury, połóg przebiegał bez powikłań.

Zeitsch. deutsch. Hebammen Nr. 1/34. — Niemieckie czasopismo dla położnych.

Z PRAKTYKI.

I.

Wezwano mnie do porodu. Rodząca liczy lat 32, ciąża trzecia. W mieszkaniu widzę jakieś zamieszanie; gdy weszłam babka uciekła drugiemi drzwiami. Z wywiadów dowiedziałam się, że pęcherz pękł. Odkaziłam ręce, zbadałam zewnętrznie i stwierdziłam położenie poprzeczne. Posłałam zaraz po najbliższego lekarza. Woźnica wrócił z tem, że lekarza nie zastał. Posłałam po drugiego. W międzyczasie przygotowywałam łóżko poprzeczne oraz dużą ilość przegotowanej wody, odkaziłam swoje ręce i srom

rodzącej. W czasie tych przygotowań chora dostaje dreszczy i poczyna się niepokoić. Macica silnie napięta, drżę na samo wspomnienie, że macica może pęknąć, a lekarza nie widać.

Odkaziłam ręce po raz drugi, wykonałam obrót na nóżkę i wydobyłam płód żywy. Wkrótce nadjechał lekarz i zajął się położnicą, która poczęła silnie krwawić, ja natomiast cuciłam noworodka, który urodził się w zamartwicy.

Gdyby nie otoczenie, które kazało po mnie jechać, byłaby najprawdopodobniej nastąpiła śmierć matki i dziecka, ponieważ babka przebiła pęcherz i kazała rodzącej przeć, a ta parła przez 6 godzin.

II.

Przyszła do mnie kobieta licząca lat 48. Rodziła jeden raz, obecnie skarży się na bóle w nogach i spuchnięcie brzucha. Zbadałam ją. W czasie badania stwierdziłam guz wielkości bochenka chleba. Radziłam jej, aby udała się do szpitala na operację. Chora powtórzyła sąsiadkom to co jej radziłam, a te odradziły mówiąc, że operacja jest niepotrzebną, że ja wierzę tylko w lekarzy, bo oni jej dają łapówkę. Radzili wezwać babkę.

Babka poczęła ją smarować, mówiąc, że jest „oberwaną“ i za jedną wizytę brała 5 zł. Gdy po kilku wizytach babki kobieta czuła się gorzej, przyszła do mnie zapytać się czy nie umrze, jak pójdzie na operację. Poszła do szpitala, zrobiono jej operację, skąd powróciła zdrowa.

Ja ze swej strony podałam babkę do policji, a ta do sądu, gdzie została skazaną na 4 dni więzienia z zawieszeniem na 2 lata.

Wierzchosławice
ad Bogumiłowice.

Władysława Idczakowa.

RUCH ORGANIZACYJNY.

Do

Związku Zaw. Egz. Położnych we Lwowie.

PROTOKÓŁ

z zebrania konstytuującego egz. Pol. pow. Krośnieńskiego.

Niniejszym donoszę, że położne pow. Krośnieńskiego utworzyły Związek Organizacyjno-Zawodowy dnia 18-go grudnia 1933 r. Zebranie to zaszczycili swoją obecnością JWP.: Starosta Stępień, lekarz pow. Dr. Kołodziej, sekretarz pow. Dr. Lukes oraz prezes B. B. W. R. Krukierek. Zebraniu przewodniczyła położna M. Pilatowa z Potoka. Po zagajeniu i wygłoszeniu referatów o obowiązkach położnych przez przedstawicieli władz, dokonano wyboru Zarządu w następującym składzie: Przewodnicząca M. Piłatowa, zastępczyni J. Szczęśniak, sekretarka W. Dzidkowa, skarbniczka M. Węglarowa oraz ośmiu członkiń Zarządu, ponadto wybrano Komisję Rewizyjną, składającą się z czterech członkiń. Między innemi uchwalono wysokość wkładek członkowskich w kwocie 6 zł. rocznie. Organizacja obejmuje 42 egzaminowane położne wyżej wspomnianego powiatu. Sprawozdanie z zebrania przesłano do Związku Zaw. Egz. Pol. we Lwowie.

Przewodnicząca:
M. Pilatowa.

W Potoku, styczeń, 1934 r.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia miesięcznego Związku Egzaminowanych Położnych we Lwowie odbytego 7. II. 1934 r.

Po odczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia, skarbniczka podała stan kasy, który w przychodach wynosi 179 zł. 36 gr. — w rozchodach 17 zł. 75 gr. Saldo 161 zł. 61 gr. Ponadto Związek posiada 85 zł. na długach pożyczkowych.

Posiedzenie zaszczycili swą obecnością WP.: Prof. Dr. Mączewski, Drowa Tyszkowa, przedstawicielka Związ-

ku Pracy Obywatelskiej Kobiet. Delegatka oświadczyła zebranym, że na przyszłych posiedzeniach przeprowadzi pogadanki na tematy:

1) podniesienie poziomu pracy Związku i pracy organizacyjnej,

2) stanowisko kobiety na tle nowej konstytucji,

3) ustawa samorządowa,

4) sprawy czysto kobiece i t. p..

Następnie przewodnicząca odczytała cennik dla położnych, zatwierdzony przez Urząd Wojewódzki, który po wydrukowaniu w pewnej ilości egzemplarzy członkinie będą mogły nabywać za zwrotem nakładu.

W końcu odczytano pismo kol. Markowskiej, która żali się na odbieranie jej pracy przez babkę w Hodowicach i prosi Związek o skuteczną interwencję.

Po krótkiej dyskusji postanowiono zażalenie kol. Markowskiej odstąpić Urzędowi Wojewódzkiemu do przykładnego ukarania babki i zakazania jej praktyki położniczej.

Po przeprowadzeniu dyskusji czysto zawodowej i załatwieniu spraw bieżących posiedzenie zamknięto.

Sekretarka: Przewodnicząca:
Fr. Toczyska. *M. Leszczyszyn.*

Wydawca: Stow. Zawod. Położnych Małopolski. Redaktor odpow.: Dr. Jan Bażowski.
Z Drukarni Narodowej Edwarda Zimnego, Lwów, Szajnochy 2, tel. 21-35.